CONTRIBUCION

AL ESTUDIO DE LOS ABCESOS DEL PULMON

OBSERVACION DE DOS CASOS

(Memoria presentada para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina)

Habiéndome permitido la casualidad observar dos veces abcesos del pulmon durante el tiempo de nuestros estudios clínicos, i habiendo podido completar los datos recojidos en el lecho del enfermo con el exámen de las piezas cadavéricas i la apreciacion de las lesiones anatómicas que acompañan esta enfermedad, he querido presentar estas observaciones, como tema de mi prueba de licenciado, porque, a pesar de su corto número, creo que contribuirán a esclarecer la sintomatolojía oscura e incierta de una afeccion poco comun i por lo tanto mui incompletamente estudiada.

Aunque conocidos ántes de Laennec, los abcesos del pulmon no han tenido una patolojía propia hasta que este inmortal maestro i despues Andral, Graves i Trousseau los estudiaron, i

dieron a conocer las dificultades de su diagnóstico, afirmando todos ellos el carácter excepcional de la afeccion, cuando no tenia un oríjen tuberculoso. Jaccoud menciona ademas en sus notas a la Clínica de Graves los estudios de Biagio Lauro sobre esta materia, i en el *Nuevo Diccionario de Medicina i Cirujía*, los de Traube i Leyden, que no he tenido oportunidad de consultar.

Como no todos los casos citados son idénticos, i como algunos se prestan a variadas interpretaciones, faltando en ellos una autopsia prolija que confirme las apreciaciones clínicas, ántes de esponer los caractéres con que a los distintos observadores se ha presentado esta afeccion i discutir su sintomatolojía, creo conveniente consignar en un sucinto resúmen las dos observaciones siguientes que hacen el objeto principal de esta Memoria.

OBSERVACION 1.ª

Fidel Pérez entra el 31 de Marzo de 1883 a ocupar en el Hospital de San Juan de Dios, el número 12 de la sala de Santo Domingo.

Edad: 32 años. Natural de Rancagua. Soltero. Buenos antecedentes hereditarios. Ha gozado ántes de buena salud. Hábitos alcohólicos.

El 5 de Enero se sintió resfriado, con puntada al lado derecho del tórax i dolor al hombro del mismo costado. Estas molestias pasaron luego, entregándose despues a sus ocupaciones de *peon gañan*.

Quince dias despues cayó de su caballo i recibió el golpe en el costado derecho. Continuó trabajando, sin embargo, por un mes, aunque con algunas dificultades. En esta época, segun las indicaciones del enfermo, principió a arrojar en el esputo un poco de sangre aereada i rutilante que, despues de su entrada al hospital, tomó un color mas oscuro, casi negro, para hacerse mas tarde mas abundante, tomando la espectoracion los caractéres con que se presenta en la actualidad.

ABRIL 16

Estado presente.—Solo hoi se examina al enfermo; no tengo datos seguros de la marcha de la afeccion en los dias anteriores; pero a juzgar por los recuerdos de los que ántes lo examinaron no ha habido cambio aparente en los síntomas físicos que presenta.

—El enfermo está pálido, flaco, debilitado. Tiene el aspecto de un hombre que ha sufrido una larga afeccion crónica, aunque todavía conserva fuerzas bastantes para que sus movimientos no sean demasiado penosos.

—Hai tos.—La espectoracion es fácil i abundante. Tiene un carácter purulento manifiesto. Su color rojizo la asemeja al pus hepático. No tiene olor gangrenoso. En el aparato circulatorio no hai nada que llame la atencion.

Las funciones del aparato dijestivo se llenan con regularidad.

El límite inferior de la matidez hepática no ha descendido, manteniéndose al nivel del reborde costal. Sin embargo, hai en esa rejion dolor a la presion.

En el pulmon izquierdo nada de anormal, sino una respiracion un poco ruda.

Pulmon derecho: Lijero abombamiento en la parte lateral inferior del tórax. Las vibraciones torácicas faltan hácia atras en la mitad inferior. La matidez es absoluta en la misma rejion i algo dolorosa la percusion hácia el costado. A la auscultacion se nota ausencia del murmullo vesicular en toda la estension de la matidez, sin que sea reemplazado por ningun ruido patolójico. En la parte situada sobre el ángulo inferior del homóplato la respiracion es soplante i la voz bronco-fónica.

Las temperaturas han oscilado hasta este dia entre 37.5 i 38 grados por la mañana i 38.5 i 39° por la tarde.

La orina no se analizó.

El profesor de clínica doctor Schneyder diagnostica una neumonia traumática; pero reconoce la posibilidad de un abceso hepático abierto en el parénquima pulmonar.

Como tratamiento se deja al enfermo tanino al interior.

Mayo 9

El enfermo ha seguido en el mismo estado. Las temperaturas con las mismas oscilaciones apuntadas mas arriba. Hoi el termómetro marca un aumento vesperal sobre los dias anteriores de $\frac{1}{2}$ grado.

Temperatura de la mañana 38.5. *Temperatura de la tarde* 39.5°.

Mayo 12

Las temperaturas se han mantenido en 39.5 por la tarde. Hoi presenta 38.1° por la mañana. 39.5 por la tarde. El enfermo está mas deprimido.

En la noche sobrevienen dos grandes i prolongados escalofríos seguidos de una *vómica* de color ladrillo, abundante a juicio de los enfermeros.

Los escalofríos i la vómica se repiten al dia siguiente. Esta última puede avaluarse aproximativamente en 250 o 300 gramos. Su consistencia es espesa i su color rojizo como la espectoracion de los dias anteriores.

MAYO 14

Temperatura de la mañana 38.9. *Temperatura de la tarde* 40°. Sometido el enfermo a un nuevo exámen, se nota que los fenómenos físicos han cambiado notablemente. La matidez persiste en toda la zona del pulmon derecho situada bajo el ángulo inferior del homóplato: pero a la auscultacion, la respiracion i la voz toman un timbre cavernoso i la pectoriloquia afona es clara i manifiesta. Se oyen tambien algunos estertores húmedos. Estos síntomas cavitarios son mas pronunciados en el ⅓ medio del pulmon, cerca del ángulo del homóplato.

El profesor Schneyder, cuya opinion recuerdo, no para darme el gusto de reconocer en el distinguido i bondadoso práctico un error de diagnóstico, sino para manifestar las dificultades que éste presentaba, creyó, en vista de los nuevos datos que suministraba el exámen del enfermo i sobre todo en vista de la naturaleza de las vómicas que se habian producido, que se trataba de un abceso hepático abierto en el pulmon, esplicándose así los síntomas cavitarios que se habian mostrado últimamente.

Como tratamiento se dejó al enfermo tinct. muriática de fierro.

MAYO 21

Desde el dia 14 las temperaturas han oscilado entre 38 i 39 grados, no pasando de esta última cifra por la tarde. Hoi la temperatura vesperal es mas elevada (39,3°). En los dias anteriores ha habido escalofríos i sudores. Los fenómenos de escavacion se hacen mas manifiestos.

En la noche sobreviene una vómica con los mismos caractéres que las anteriores i de 200 gramos poco mas o ménos.

En los dias siguientes la temperatura se mantuvo en 38.2 por las tardes bajando a 37.8 en la mañana. Un dia aparecieron en la espec-

toracion coágulos de sangre que reproducian la forma de las divisiones bronquiales.

El enfermo continuó en una decadencia manifiesta hasta el 18 de Junio en que murió.

Autopsia.—(Junio 19 de 1883. 10 h. A. M).

—En el lado derecho del tórax la hoja parietal de la serosa está adherida en toda su estension con la hoja visceral i toda la membrana bastante engrosada como los tabiques interlobares.

El pulmon del mismo lado presenta las siguientes lesiones: En el centro de los dos lóbulos inferiores fusionados hai una enorme caverna, mas grande que el puño, limitada hácia arriba i a los lados por una membrana fibrosa bastante densa. Mas allá de esta membrana el tejido pulmonar aparece duro, resistente a la presion, impermeable al aire, de un color gris amarillento. El corte deja una superficie bañada en un líquido puriforme. Por abajo la caverna está limitada por el diafragma. Éste, como las hojas pleural i peritoneal de las serosas que lo cubren está completamente adherido a la cara convexa del hígado i reducido a una membrana delgada que se desgarra fácilmente, de tal modo que la escavacion pulmonar parece estar en relacion directa con la cara superior de la glándula biliar.

Si recordamos que la pleura parietal está tambien adherida al pulmon en toda su estension, podemos comprender cómo todo el lado derecho del tórax forma una masa sólida comun escavada en su base. Esta topografía de la lesion nos esplicará algunos de los fenómenos clínicos del enfermo.

El vértice deja correr al corte un líquido espumoso (edema).

Los ganglios de la raiz del pulmon mui infartados.

Tanto de la pleura como de los tabiques interlobares parten cordones fibrosos mas o ménos gruesos que recorren la parte hepatizada del pulmon.

El hígado está aplanado i algo duro al corte. No hai en él ninguna coleccion purulenta.

En los demas órganos no se observa nada de verdaderamente patolójico.

Exámen microscópico

Los cordones fibrosos ya descritos que recorren el pulmon están compuestos de tejido conjuntivo adulto bastante vascularizado, entre

cuyos manojos se ven algunas células fusiformes; pero a medida que se acercan a la zona de hepatizacion, se infiltran mas i mas de células redondeadas hasta convertirse en tejido embrionario puro i confundirse con los tabiques alveolares. Estos están mas gruesos que en el estado normal e infiltrados de los mismos elementos redondos. El epitelio de los alvéolos aparece, en algunos, hinchado, formando cadenas de células ovoídeas; en otros ha caido por completo, mostrándose el interior de ellos mas o ménos lleno de células poliédricas de contornos irregulares, de algunos glóbulos blancos i de grandes corpúsculos granulosos. En unos pocos alvéolos se ven filamentos de fibrina.

Cortes perpendiculares a la base de la caverna muestran que la pleura diafragmática, el diafragma i la serosa peritoneal, fusionados en una sola membrana, que adhiere al hígado, han sido completamente destruidos por la supuracion, quedando reducidos a una capa delgada de tejido conjuntivo inflamado que, segun el aumento calculado a los objetivos de Verick, mide apénas 0.6 de milímetro en su mayor espesor. De esta delgada capa conjuntiva parten prolongaciones al interior del hígado constituyendo un principio de esclerósis en la parte cortical del órgano. Las venas i los espacios-porta son tambien en este punto el sitio de cierta proliferacion del tejido conjuntivo i muchas células hepáticas han sido reemplazadas por vesículas adiposas.

OBSERVACION 2.ª

N. N. 1. Entró en los primeros meses del año 1884 al servicio clínico del doctor Ugarte G. Hospital de San Juan de Dios, sala de Santo Domingo núm. 12.

Estaba en el presidio de esta ciudad cuando dice haber sentido dolor al costado izquierdo del tórax, dolor pasajero a veces pero persistente. Despues le sobrevino tos con esputos sanguinolentos. El enfermo no dá mas datos.

Estado presente.—Color pálido amarillento. Lengua saburosa. La temperatura alcanza a 39° por la tarde con una remision por la mañana.

El hígado está bastante aumentado de volúmen i doloroso a la presion. El resto del aparato dijestivo no ofrece nada de particular.

El pulmon izquierdo presenta los síntomas de un derrame de la pleura: hai matidez i ausencia de vibraciones toráxicas en la base; egofonía i pectoriloquia afona en la parte media. Debo advertir que a otras horas del dia hemos podido constatar una voz casi cavernosa en esa misma rejion.

El pulmon derecho no ofrece nada de importante, sino cierta debilidad en el murmullo vesicular de la base, fenómeno atribuido a la compresion ejercida por el hígado.

La espectoracion es abundante i pasa de 300 gramos al dia. No tiene mal olor. Su aspecto es francamente purulento i su color de ladrillo la asemeja al pus hepático. Examinada en el laboratorio del profesor de Histolojía, doctor Izquierdo, se encontró en ella muchos glóbulos blancos, glóbulos rojos, una gran cantidad de bacterios; pero ningun bacilus de Koch.

Como en el lado izquierdo aparecian los signos físicos de un derrame pleural, que por los fenómenos jenerales que acusaba el enfermo parecia ser purulento, se principió por hacer en este lado, en el octavo espacio intercostal i en la prolongacion del ángulo del homóplato, una puncion con el aspirador de Dieulafoy. Los resultados de esta pequeña operacion fueron negativos. No se estrajo una sola gota de líquido; *pero el trócar dió la sensacion de una enorme cavidad.*

El doctor Ugarte diagnosticó una pleuresía diafragmática izquierda de marcha crónica. El diagnóstico respecto del estado del hígado se reservó.

Como tratamiento interno se dejó al enfermo tintura muriática de fierro.

Posteriormente el enfermo se mejora, la espectoracion disminuye i casi desaparece por completo, la fiebre baja i todo parece anunciar un restablecimiento; sin embargo, este estado dura poco. Luego aparecen escalofríos, la fiebre sube a 39°, la matidez hepática aumenta, la espectoracion vuelve a presentarse con los mismos caractéres, síntomas cavitarios mas claros aparecen en el lado izquierdo, el enfermo entra en un período de decadencia rápido hasta el dia 7 de Mayo en que muere.

Autopsia.—(Mayo 8 de 1884.)

La base del pulmon izquierdo es el sitio de un vasto abceso limitado abajo por la pleura, cuyas dos hojas unidas i sumamente engrosadas i existentes adhieren al diafragma; por ámbos lados la pleura engrosada tambien forma, con el tejido pulmonar hepatizado, las paredes laterales del abceso que, habiendo invadido casi todo el tercio inferior del pulmon, limita hácia arriba por una estensa zona de este órgano completamente hepatizado, de un color gris i perfectamente liso.

El hígado presenta un aumento de todos sus diámetros i sobre

todo de su diámetro transverso. El lóbulo izquierdo ocupa completamente el hipocondrio de este lado donde adhiere al diafragma. Al corte presenta este mismo lóbulo abcesos múltiples de naturaleza metastática. El mayor de ellos tiene el volúmen de una pequeña naranja; los otros son mas chicos. Ninguno tiene comunicacion con la cavidad torácica. El resto de la glándula está en estado de dejeneracion grasosa.

De la pleura engrosada parten cordones fibrosos que penetran en el pulmon. Éstos, sin embargo, no están tan desarrollados, como en la observacion precedente.

Exámen microscópico

Los cortes practicados en la zona de hepatizacion muestran una gran vascularizacion de la pleura. Muchos vasos gruesos se ven tambien en los tabiques fibrosos que ella envía al interior del pulmon, i al rededor de algunos de éstos se acumula una gran cantidad de células redondas.

Los capilares alveolares se notan en muchas partes llenos de sangre.

Los alvéolos son el sitio de una descamacion de su epitelio i de una proliferacion celular manifiesta. En algunos las celulas están tan apretadas que los obstruyen completamente. En muchos de ellos hai un exudato fibrinoso.

Los tabiques alveolares están engrosados, notándose en todos gran cantidad de células redondas i en algunos verdaderos manojos de tejido conjuntivo adulto.

Un corte perpendicular a la base de la caverna muestra que la pleura i el diafragma adheridos al hígado están convertidos en una sola membrana en que el tejido conjuntivo ha proliferado estraordinariamente i donde de trecho en trecho se ven solo restos de fibras musculares dejeneradas que han perdido su estriacion i su forma.

Como se ve, las lesiones anatómicas en las dos observaciones precedentes tienen mucha analojía. En ámbos casos la topografía de la afeccion es la misma. Se trata de una gran caverna, situada en la base del pulmon, i envuelta superior i lateralmente por una especie de casco, que contribuyen a formar las hojas pleurales adheridas i engrosadas i una capa de tejido pulmonar

hepatizado. El pulmon en la zona que rodea la caverna es el sitio de una neumonia catarral, con engrosamiento de los tabiques alveolares i cierto grado de esclerosis, mas avanzada en la primera observacion en que la enfermedad tambien fué de mas larga duracion i en que el alcoholismo figuraba entre los antecedentes del enfermo.

En ámbos casos el tabique diafragmático correspondiente al lado de la lesion estaba sériamente comprometido i el hígado mas o ménos alterado en su totalidad o en algunos de sus elementos, por contigüidad o por metástasis.

En vista de estas múltiples lesiones se comprende la oscuridad del diagnóstico. Los ruidos pulmonares no llegan a nuestro oido despues de haber resonado solamente en una caverna, sino despues de haber atravesado por medios de densidad mui diferente, como son la zona de hepatizacion, las pleuras engrosadas i la pared costal. La espansion pulmonar es casi nula i por lo tanto la intensidad de los ruidos larínjeos disminuye considerablemente. El soplo es naturalmente mas débil, la voz, en cambio, reesforzada artificialmente la espiracion por la articulacion misma de las palabras, se trasmite con mayor facilidad. Semeja una mezcla de voz cavernosa i broncofónica. Sucede lo mismo con la *pectoriloquia afona* que parece encontrar en este caso todas las condiciones que la producen; cavernas i medios densos que llevan al oido las palabras articuladas en voz baja. No insisto en la matidez absoluta del lado de la lesion que esplican suficientemente el engrosamiento de las pleuras i la condensacion pulmonar.

Esta vaguedad de los signos físicos es mucho mayor aun en el primer período de la afeccion, cuando probablemente la escavacion no se ha producido todavía. En nuestras dos observaciones el primer exámen del enfermo ha revelado dolor al costado, matidez i ausencia de vibraciones torácicas. En uno de los enfermos habia tambien ausencia completa del murmullo vesicular con broncofonía al nivel de la escápula; en el otro egofonía i pectoriloquia afona.

Signos son éstos que pueden hacer creer en un exudato de la pleura o en un proceso pleuroneumónico. Así entre los numerosos casos citados por Andral, me bastará recordar las observaciones XXXVI.ª i XLII.ª (1) en que el ilustre clínico diagnosticó una pleuresía, haciendo notar que en el primero de los casos la auscultacion i la percusion no daban datos de ningun jénero.

El mismo Trousseau, hablando de uno de los enfermos en el cual solo habia reconocido una neumonia en el tercer grado, dice que habria sido difícil hacer mas, "*no habiéndose aun vaciado la caverna i no comunicando ni con los bronquios, ni con la cavidad pleural.*" Es notable tambien la primera observacion del mismo clínico en que por el carácter sanguinolento de los esputos *confirmaba* su diagnóstico de *neumonia profunda*, "*aunque los signos físicos faltasen absolutamente.*" (2) I en todas estas observaciones no se señala la *ausencia de vibraciones torácicas* que en nuestros dos enfermos hacia mas equívoca aun la sintomatolojía.

Dejando a un lado los signos físicos con que se muestra al principio esta afeccion i que se prestarian, sin duda, a mas detalladas consideraciones, volvamos a tomar nuestros dos casos desde el momento en que los esputos ofrecen un carácter purulento que ha sido el mismo en que principiamos a observarlos.

Nos encontramos al frente de un enfermo que no tiene antecedentes tuberculosos, que no da motivo alguno para sospechar la invasion de una flegmasía aguda i en el cual aparece como carácter dominante una espectoracion purulenta de color ladrillo, sin olor gangrenoso. Hai fiebre remitente, con exacerbacion respiral. Tenemos a la vista una afeccion crónica, supurativa, que ha producido una alteracion profunda en el organismo i cuyo sitio anatómico nos toca descubrir.

El exámen de los esputos, la permeabilidad de los vértices pulmonares, la falta de antecedentes hereditarios sospechosos

(1) Andral. *Clinique Mèdicale.* 4.ª edicion, tomo 3.º

(2) Trousseau. *Clinique Mèdicale etc.* 5.ª edicion, tomo 1.º, Cap. XXXV.

nos permiten, aunque con alguna reserva, eliminar un proceso de naturaleza tuberculosa.

Los síntomas que nos dá el exámen del tórax nos llevan a pensar en una flegmasia de esta rejion i los dolores intercostales con que se ha iniciado esta enfermedad, permitiendo, sin embargo, al enfermo entregarse a sus ocupaciones habituales; la marcha insidiosa i lenta que ha seguido nos inclinan mas bien a pensar en una pleuresía. Pero, si este ha sido el proceso inicial, necesitamos tambien saber cuál es el estado actual de los órganos comprometidos i cuáles son las alteraciones producidas ya en el momento del exámen. ¿Se trata de un derrame de pus que se ha abierto salida por los bronquios? Se presentarian en este caso todos los síntomas de un pyoneumotorax, Estos síntomas no existen. ¿Se trata de un derrame entabicado que comunica con el parénquima pulmomar, de un abceso pleural en condiciones especiales? El enfermo recordaria haber arrojado en una época de su afeccion una cantidad mas o ménos considerable de pus, recordaria haber tenido una *vómica*, i esa *vómica* no ha existido, no se ha presentado todavía.

Hemos visto tambien las avanzadas lesiones del diafragma que nos esplican la sensibilidad que se mostraba a la percusion en la mitad inferior del tórax, en el hipocondrio i en el epigastrio. Estos fenómenos dolorosos, el carácter de la espectoracion i el aumento de volúmen del hígado, que se presentaba en la segunda de las observaciones que he consignado, nos pueden hacer sospechar una hepatitis supurada, que ha perforado el tabique diafragmático, poniéndose por esta via en comunicacion con el exterior.

Por otra parte, es fácil concebir la posibilidad de una neumonia que la pobreza orgánica del individuo hubiera llevado a la cronicidad. En la primera de estas observaciones el doctor Schneider tuvo esta idea, i el carácter sanguinolento de los esputos con que comenzó la enfermedad daba fuerza a su opinion. Sin embargo, nada nos indica en nuestros enfermos la invasion de la neumonia fibrinosa, aguda, i *la ausencia de vibraciones* vocales en la mitad inferior del tórax nos obligaria, al aceptar la idea de un proceso neumónico supurativo, a aceptar tambien una complicacion de la serosa.

En todos estos casos hemos supuesto la existencia de una expectoracion purulenta como en nuestros dos enfermos se presentaba.

De este modo, por vía de eliminacion llegaríamos a la conclusion siguiente: o se trata de un abceso hepático con perforacion pulmonar, o de una neumonia catarral o mista, que en condiciones desfavorables ha terminado por la supuracion, comprometiendo la pleura. Este compromiso de la serosa puede consistir en un derrame o bien puede ser un proceso crónico de hiperflasia, frecuente en estas largas afecciones del pulmon. En este estado de incertidumbre i autorizándonos suficientemente los signos físicos, creo que es lícito practicar una puncion en el tórax, como se hizo con el enfermo de la segunda observacion. Aunque no se estraiga una sola gota de líquido, la cánula del trócar, usada como instrumento de esploracion en este caso, nos dará la sensacion de una cavidad, si ésta existe, i el diagnóstico se habrá esclarecido talvez en un momento oportuno para el enfermo.

No debemos olvidar tampoco que las grandes dilataciones bronquiales ofrecen a veces un cuadro semejante al de nuestros dos enfermos, sobre todo cuando van acompañados de sclerosis pulmonar i de adherencias pleurales, en cuyo caso la existencia de una antigua bronquitis, el olor del aliento i otras inducciones racionales talvez nos pondrian en la vía del diagnóstico.

Para no insistir mas en este período de la afeccion, no hablaré de la gangrena pulmonar, cuyos síntomas nos son conocidos i que, cuando no revisten un carácter francamente específico, es mas bien una complicacion que una enfermedad con fisonomía propia.

Supongamos ahora que el enfermo tiene una vómica verdadera o que la espectoracion es tan considerable que pasa de 300 gramos diarios como en la segunda de nuestras observaciones. Este es el momento en que Trousseau ha trazado con mano maestra los elementos del diagnóstico, estableciendo las diferencias clínicas entre los abcesos del pulmon i los abcesos

pleurales. No necesito reproducir aquí estas pájinas interesantes de su "Clínica médica" que todos conocen. Me bastará indicar solamente que algunos de los caractéres que segun él distinguen la vómica pulmonar no se han presentado en nuestras dos observaciones. "Desde luego, dice, ha existido una neumonia *aguda*, *mui aguda*". Hemos visto que en nuestros enfermos ha faltado este dato que habria bastado por sí solo para esclarecer el diagnóstico; pero, en cambio, la naturaleza sanguinolenta de los primeros esputos nos indicaba ya que habia, por lo ménos, un trastorno circulatorio en el parénquima pulmonar i creo que en presencia de una afeccion de esta clase, debe tomarse en cuenta este síntoma anamnésico siempre que no encontremos en el corazon lesiones que lo espliquen

Los otros caractéres con que se revelan los abcesos pulmonares son la aparicion de la vómica en la tercera o cuarta semana i la cantidad del pus arrojado que nunca es tan considerable como en las colecciones purulentas de la pleura. Debemos hacer notar sin embargo que en nuestra primera observacion no ha habido una verdadera *vómica* sino tres meses despues de la fecha en que aproximativamente se puede calcular el principio de la afeccion.

Si Trousseau se empeñaba tanto en diferenciar los abcesos del pulmon de los abcesos pleurales, aquí, donde son tan frecuentes las hepatitis supuradas, i donde revisten formas tan distintas, es justo tomarlos en consideracion. Aunque no siempre el pus hepático tiene el color rojizo que frecuentemente le caracteriza, estamos tan acostumbrados a verlo que cuando nos encontramos con una espectoracion de esta clase, la atribuimos con facilidad al hígado i supuesto en este órgano un proceso supurativo que se ha trasmitido al pulmon, los síntomas pleuríticos i aun los síntomas cavitarios tienen una clara esplicacion. Es tanto mas natural este error cuanto la hepatitis supurada no siempre se revela por caractéres bien marcados i toma a veces una forma crónica que la oculta i desfigura, hasta el punto de presentar apénas un lijero aumento de la matidez hepática.

Pero aun en este caso, es decir, cuando los síntomas mas característicos de la hepatitis faltan, creo que hai elementos que pueden guiar nuestro diagnóstico. Las veces en que he visto abrirse los abcesos del hígado en el parénquima pulmonar me han dado la idea de que este fenómeno no se verifica tan sijilosamente. Recuerdo que uno de los enfermos del servicio del doctor Schneider en el Hospital de San Juan de Dios, haciéndome la historia de sus padecimientos, me contaba que algunos meses atras, despues de haber tenido escalofríos en las tardes, dolor en el hipocondrio i una tos seca i persistente, habia arrojado un dia en uno de estos golpes de tos una gran cantidad de pus. Pues bien, en la autopsia de este enfermo, al lado de un abceso reciente se encontró una cicatriz antigua del diafragma que correspondia a la vómica que habia tenido i que no se habia borrado de su memoria.

Otro enfermo del mismo servicio que pude observar desde los primeros dias de su afeccion i en el cual se habia diagnosticado una hepatitis supurada, tuvo una noche una enorme vómica de 600 gramos, sin que ántes se hubiera notado otra cosa en el pulmon derecho que algunos frotes pleuríticos en la base. Al dia siguiente este hombre tenia *66 respiraciones* por minuto i 39.2° de temperatura en la mañana. Siete dias despues la temperatura de la mañana era solo de 37.3 i la de la tarde de 37.6 i continuó normal en los dias siguientes, persistiendo siempre la espectoracion purulenta.

En vista de estos casos, creo que hai alguna diferencia entre las vómicas pulmonares i las vómicas hepáticas. Las primeras son jeneralmente precedidas de fenómenos que anuncian un proceso destructivo en el pulmon—son relativamente pequeñas (200 o 300 gramos)—son mejor soportadas por el enfermo en el momento de su produccion, i la fiebre ofrece en los dias siguientes poco mas o menos la curva que ántes presentaba, sin bajar a la temperatura normal. Por el contrario, las vómicas hepáticas, si son precedidas por algo, es por signos mas o ménos vagos de hepatitis—son repentinas—abundantes (600 o mas gramos) i sobrevienen con un estruendo tal que dejan al enfermo en la mas angustiosa situacion. Esto se comprende. El pulmon, ántes bueno, es súbitamente perturbado en sus fun-

ciones i el campo de la hematosis queda considerablemente reducido. No sucede lo mismo en las afecciones crónicas del pulmon en que paulatinamente ha ido disminuyendo la capacidad respiratoria, a medida que disminuian tambien las necesidades orgánicas. Ademas hemos visto que siete u ocho dias despues de la vómica hepática la temperatura bajó considerablemente. Es fácil esplicarse esta diferencia si se tiene presente que no es probable que penetre el aire al través de un trayecto tortuoso abierto en partes blandas i depresibles i que por lo tanto la herida del hígado tiende a una cicatrizacion natural. En el pulmon no pasa lo mismo. Una estensa superficie supurativa queda en contacto con todos los jérmenes de infeccion posibles.

Como no ha sido mi ánimo detenerme en otras consideraciones que aquellas que me sujeria el exámen de los dos enfermos cuya historia he trazado, me abstendré de señalar aquí los demas puntos que se relacionan con esta afeccion i solo me limitaré a decir que la creo mui grave i casi siempre mortal. Los casos felices que Graves cita en sus lecciones son, a mi juicio, de una escepcional rareza i probablemente solo se ha tratado en ellos de esos abcesos pequeños que en la bronconeumonia suelen producirse. Por otra parte, todos esos casos se refieren a jóvenes de 12 a 22 años.

El tratamiento recomendado para esta afeccion es, como se comprende, mui pobre en recursos terapéuticos. Un aire puro, inhalaciones de vapores trementinados—medicamentos tónicos i reconstituyentes, i de cuando en cuando la administracion de algun ajente antipyrético llenarian todo el cuadro de las indicaciones médicas. Sin embargo, en vista de las lesiones anatómicas i de la ausencia de una diátesis tuberculosa, talvez se podria esperar algo de la intervencion quirúrjica. Despues de haber sido comprobado el sitio de la caverna, creo que, sin grandes peligros, se podria abrir a bisturí, con reseccion, si fuere

necesario, de una o mas costillas, i establecer un *drainage* antiséptico riguroso.

La topografía de la lesion, las membranas densas i organizadas que limitan el abceso facilitarian singularmente esta operacion que permitiria combatir por medios racionales i directos la supuracion i destruccion progresiva del tejido pulmonar.

LUIS ESPEJO V.

Agosto 15 de 1885.